

### **BAB III STUDI KASUS**

#### **A. Pengkajian**

Seorang klien atas nama Ny.M dengan jenis kelamin perempuan berusia 76 Tahun, suku Ambon , dengan alamat rumah di Jalan Pramuka Banjarmasin. Klien Pendidikan terakhir SMA, Pekerjaan klien yaitu, rumah tangga saja dan tidak bekerja akan tetapi sering melakukan hobi memasak, klien mempunyai tiga orang anak diantaranya dua perempuan dan satu laki-laki, ketiga anaknya sudah menikah semua serta mempunyai lima cucu. Pada hari minggu, 07 Juli 2024 sekitar jam 11.15 Wita, klien datang bersama anaknya ke Rumah Sakit Suaka Insan Banjarmasin datang sendiri dengan mobil pribadi. Keluarga dan klien mengatakan kelemahan pada tubuhnya, saat di IGD kesadaran pasien sadar penuh, dengan GCS E4V5M6. Di lakukan tindakan pemasangan Infus Ns dengan 20 Tpm dan segera di bawa ke ruang bangsal Anna kamar 08.

Saat melakukan pengkaji di hari Senin, 08 Juli 2024 jam 07.40 Wita pasien mengatakan badan masih lemah terutama pada bagian kaki kiri dan ada rasa pusing. Pasien juga mengatakan sulit untuk melakukan pergerakan sehingga pasien tampak hanya terbaring sehingga harus memakai popok untuk proses BAK dan BAB. Pasien juga mengeluh tidak bisa ke kamar mandi sehingga belum ada mandi dan membersihkan diri, tampak kuku Panjang dan hitam belum dipoting, rambut tampak beruban dan berminyak, rambut juga tampak kusut, hasil TTV yang didapatkan TD : 140/90 mmHg, Suhu : 36, 5°, Nadi : 84x/menit, RP : 20x/menit, SPO2 : 98%, terpasang infus Nacl 0,9 % tetesan 20 tpm.

Pada saat wawancara Ny.M oleh Cendri Mahasiswa Profesi Ners STIKES Suaka Insan Banjarmasin. Di dapatkan data klien mengatakan mengeluh kelemahan pada badan terutama pada kaki kiri, tidak bisa beraktivitas, dan tidak bisa merawat diri seperti perawatan diri mandi karena lemah.

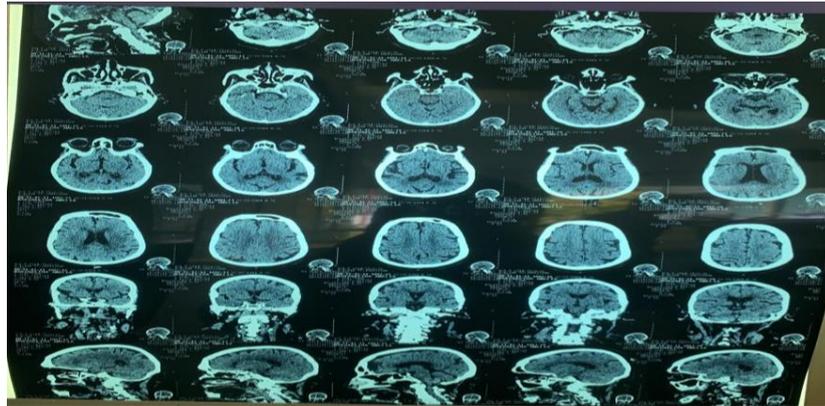
Saat pemeriksaan fisik didapatkan data hasil pengkajian Ny.M yaitu,

keadaan umum : klien tampak terbaring lemah di tempat tidur, klien tampak terpasang popok. Tingkat kesadaran : Compos Mentis. GCS : verbal 5, Psikomotor 6, Mata 4, total : 15. Tanda-tanda Vital: Nadi : 84x/menit, Suhu : 36,5 °, Tekanan Darah : 140/90 mmHg , RR : 20 x/menit, SPO2 : 98%, hasil MAP 107 :Jika MAP tinggi 100 mmHg maka menunjukkan bahwa banyak tekanan di arteri, hal tersebut dapat menyebabkan pembekuan darah atau kerusakan pada otot jantung yang harus bekerja lebih keras. Abdomen klien berbentuk simetris, tidak ada asites atau (penumpukan cairan di perut), tidak ada terjadi pembengkakan. jaringan tubuh, tidak ada nyeri tekan perut bagian bawah, dan bising usus 18x/menit. Pada pemeriksaan 12 syaraf cranial didapat pada nervus ke 11 yaitu bagian accesorris bagian ektremitas bawah yaitu bagian kaki kiri mengalami kelemahan dengan skor 4 (0-5)

Klien Ny. M mengatakan selama sakit untuk aktifitas dan Latihan : saat ini klien melakukan aktivitas penuh secara dibantu dalam melakukan aktivitas yang melibatkan anggota keluarga atau perawat. Klien Ny. M mengatakan tidak memiliki alergi makanan ataupun obat-obatan, kebiasaan klien suka (minum susu ice) sebelum sakit dan setelah sakit untuk sekarang sudah berhenti. Ny. M porsi makan sebelum sakit klien mengatakan tidak terdapat keluhan pada pemenuhan makanan, tidak ada pantangan diet apapun dan selama sakit klien mengatakan 3 kali sehari dengan porsi ½ tidak habis tetapi makan hanya sedikit saja, selama dirumah pasien makan nasi dan lauk sedangkan dirumah sakit nasi, lauk serta buah. Pola eliminasi : klien mengatakan sebelum sakit BAB 1 kali sehari setiap pagi dengan feses lembek, dan tidak keras, BAK 5-8 kali setiap harinya dengan warna kuning bening, dan selama sakit BAB masih normal. Klien juga selalu berdoa dan membaca alkitab untuk selalu berharap kepada Tuhan untuk kesembuhan dan Tuhan sebagai harapan bagi klien, klien Beragama Kristen Protestan, klien juga sebagai ibu dan nenek bagi keluarganya, setiap keputusan dalam masalah klien selalu berdiskusi dengan anak-anak nya.

Pada tanggal 07 Juli 2024 hasil pemeriksaan lab, di mana hasil yang

abnormal adalah Creatinin 1,3 mg/dl normal leukosit 0,6-1.1 mg/dl, dan Cholesterol total hasil 199 normal <200 mg/dl. hasil pemeriksaan diagnostic pada tanggal 07 Juli 2024 di dapatkan hasil :



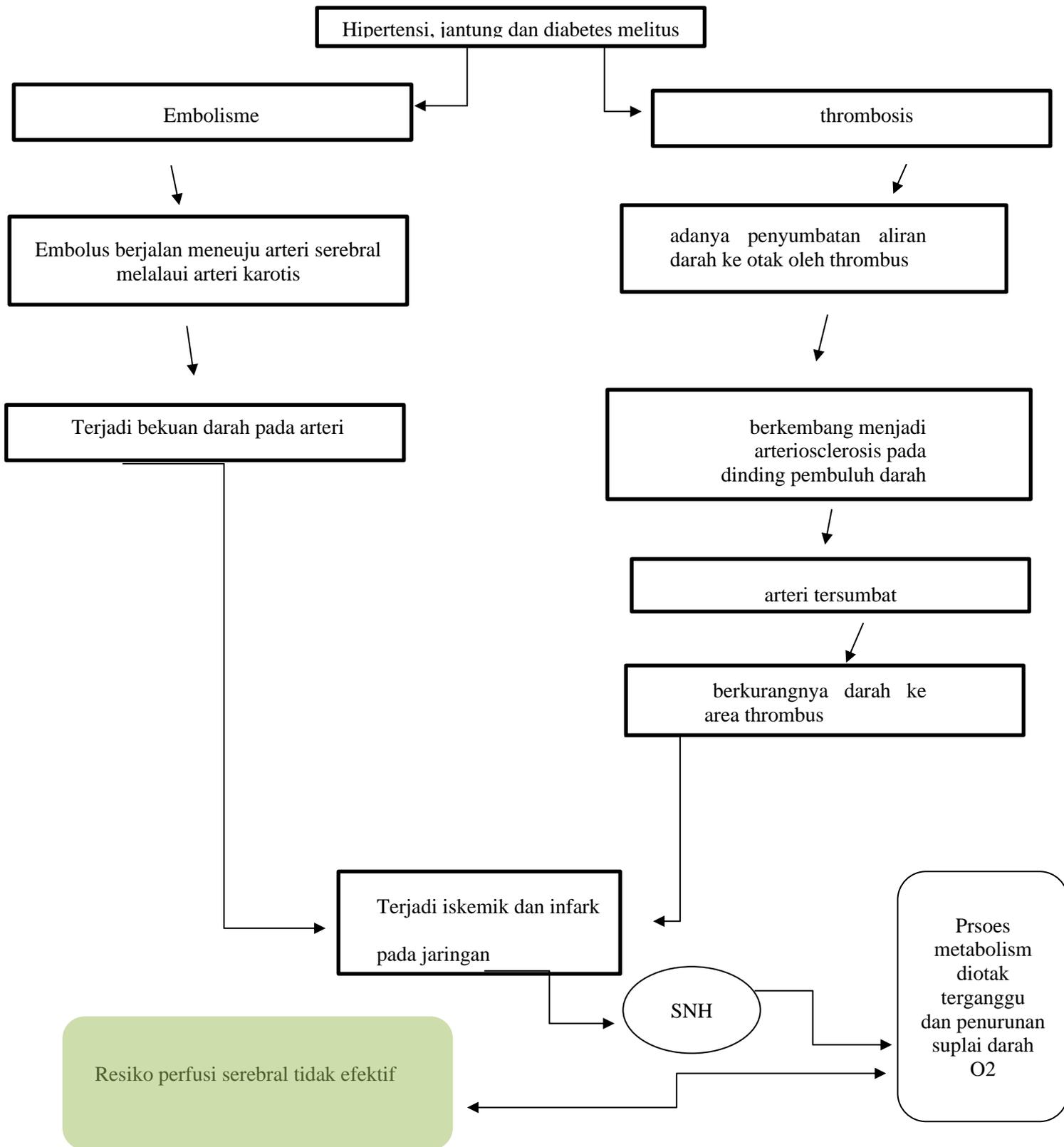
Gambar 3.1 MSCT KEPALA

Diagnosa/Keluhan : HP SINISTRA serta ada tampak lesi hypodens batas tidak tegas corona radiata dextra Sulci dan gyri normal, defferensiasi white gray matter fegas, sistem ventrikel dan sisterna normal. Tidak tampak deviasi midline, cerebellum pons dan mesencephalon normal Calvaria intact. Mastoid. Sinus paranasalis dan orbita D/S dalam batas normal.

Kesimpulan: Infark akut corona radiata dextra Infark akut corona radiata dextra mengacu pada kondisi medis di mana terjadi serangan jantung atau infark miokardium yang mempengaruhi daerah spesifik di otak yang disebut corona radiata dextra (atau radiasi korona kanan). Istilah "dextra" atau "dextrae" dalam konteks medis Latin berarti "kanan". Secara anatomi, corona radiata adalah bagian dari substansi putih otak yang terletak di sekitar ventrikel lateral. Infark akut pada area ini dapat terjadi akibat penyumbatan atau oklusi pembuluh darah yang memasok darah ke daerah tersebut. Akibatnya, terjadi kerusakan pada jaringan otak di daerah corona radiata dextra, karena pasokan oksigen dan nutrisi terganggu secara drastis. Gejala dan dampak infark akut corona radiata dextra dapat bervariasi tergantung pada ukuran dan lokasi infark, serta seberapa cepat penanganan

medis diberikan. Gejala yang mungkin terjadi termasuk gangguan motorik atau sensorik pada sisi tubuh yang berlawanan dengan infark, gangguan bicara, kesulitan memahami kata-kata, atau gangguan fungsi kognitif tergantung pada seberapa parah kerusakan otaknya.

Patway



## B. Analisa Data

DATA	ETIOLOGI	MASALAH
<p>Faktor Resiko :</p> <p>Pasien mengatakan badan lemes dan lemah , pada badan terutama kaki , yang paling lemah adalah pada kaki kiri dan Ttv : TD : 140/90MmHg, N : 84 MmHg ,P : 20x/menit dan S : 36,5 C serta Hasil CT : Infark akut corona radiata dextra</p>	<p>Penyumbatan pada otak sebelah kanan</p> <p>Peningkatan TIK</p> <p>↓</p> <p>Resiko Perfusi Serebral tidak efektif</p>	<p>Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif [SDKI D.0017]</p>

### C. Intervensi

NO	Diagnosa	Intervensi (perencanaan)
1	<b>Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif [SDKI D.0017]</b>	<p><b>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)</li> <li>• Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)</li> <li>• Monitor MAP (mean arterial pressure) (LIHAT: Kalkulator MAP)</li> <li>• Monitor CVP (central venous pressure)</li> <li>• Monitor PAWP, jika perlu</li> <li>• Monitor PAP, jika perlu</li> <li>• Monitor ICP (intra cranial pressure)</li> <li>• Monitor gelombang ICP</li> <li>• Monitor status pernapasan</li> <li>• Monitor intake dan output cairan</li> <li>• Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi)</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>• Berikan posisi semi fowler</li> <li>• Hindari manuver valsava</li> <li>• Cegah terjadinya kejang</li> <li>• Hindari penggunaan PEEP</li> <li>• Hindari pemberian cairan IV hipotonik</li> <li>• Atur ventilator agar PaCO<sub>2</sub> optimal</li> <li>• Pertahankan suhu tubuh normal</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu</li> <li>• Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu</li> <li>• Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu</li> </ul>

## D. Implementasi

PATIENT OUTCOME	NURSING INTERVENTION	IMPLEMENTASI
<p>Dalam waktu <math>\pm</math> 2 hari perawatan dengan kriteria diharapkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan arteri rata-rata (MAP) membaik</li> <li>• Gelisah menurun</li> <li>• Tekanan intrakranial membaik</li> </ul>	<p><b>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)</li> <li>• Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)</li> <li>• Monitor MAP (mean arterial pressure) (LIHAT: Kalkulator MAP)</li> <li>• Monitor status pernapasan</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>• Berikan posisi semi fowler</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian sedasi dan</li> </ul>	<p><b>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (karena ada pusing dan kelemahan)</li> <li>• Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (TD : 140/90) (Pulse :83MmHg)</li> <li>• Memonitor MAP (mean arterial pressure) MAP: <math>(2 \times (90) + 140) : 3 = (180 + 140) : 3 = 320 : 3 = 107 \text{MmHg}</math></li> <li>• Memonitor status pernapasan</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>• Memberikan posisi semi fowler (posisi 30°C)</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan diuretic osmosis, jika perlu</li> </ul>

	antikonvulsan, jika perlu • Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu	
--	--	--

### E. Evaluasi

Hari/Tgl. Jam	CATATAN PERKEMBANGAN (S, O, A, P, I, E)	TTD
Selasa 09-07-2024 07.30 Wita	<p>S : Pasien mengatakan kepala pusing berkurang, pada saat di tempat tidur sebelum tidur pada malam hari pasien mencoba untuk miring kanan dan kiri, pada kaki kiri mulai dilatih di angkat pelan -pelan sampai hitungan 1-5, pada saat bangun pagi jam 06.15 WITA pasien juga memparaktekannya. Pasien mengatakan senang karena Pada jam 07.15 mulai menjadwalkan untuk selalu seka atau mandi.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien tampak lebih banyak bercerita</li> <li>- pasien tampak terbaring ditempat tidur</li> <li>- kuku panjang pasien tampak bersih karena sudah di potong</li> </ul> <p>TTV :</p> <p>TD : 130/90MmHg          N : 89x/m          R: 20x/m          T : 36.0          Spo2: 98%</p> <p>A : Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif</p> <p>(SDKI D.0017)</p> <p>P :</p> <p>Diagnosa keperawatan 1:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK</li> <li>2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK</li> </ol> <p>Memonitor MAP (mean arterial pressure) MAP:  <math>(2 \times (90) + 130) : 3 = (180 + 130) : 3 = 310 : 3 = 103 \text{ MmHg}</math></p>	

	<ol style="list-style-type: none"><li>3. Monitor status pernapasan</li><li>4. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</li><li>5. Berikan posisi semi fowler (posisi 30°C</li></ol>	
--	--	--